

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

No

169

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Février 1895, à 1 heure

Par LOUIS PRADÈRE,

Né à Arguenos (Haute-Garonne), le 21 avril 1865.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SUETTE MILIAIRE

Une forme nerveuse avec contractures tétaniformes généralisées

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Professeur : M. JOFFROY.

*Agrégés : MM. { HANOT.
MARIE.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBÈNE.
		STRAUS.
		SÉE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLIAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		BERGER.
Clinique ophthalmologique.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEÜIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,

DE MON FRÈRE, DE MA SŒUR.

A MA MÈRE, A MES SŒURS.

A MON ONCLE L'ABBÉ PRADÈRE,

Ancien Curé de Bercy,

Chanoine honoraire.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR U. MONNIER,

Professeur suppléant,
Médecin suppléant des hôpitaux de Nantes.

A MES PREMIERS MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE
DE BREST.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE NANTES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Membre de l'Académie de médecine,
Médecin honoraire des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur.



INTRODUCTION



Ce n'est ni l'histoire de la suette miliaire ni sa symptomatologie que nous nous proposons de faire dans notre thèse inaugurale; l'une et l'autre ont été magistralement traitées par MM. Brouardel et Thoinot, lors de l'épidémie du Poitou en 1887.

Un cas de suette observé par nous dans le service de M. le docteur U. Monnier, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Nantes, médecin suppléant des hôpitaux, nous servira de sujet. Il nous permettra de montrer que la suette, maladie essentiellement épidémique, se rencontre à l'état sporadique, même dans un pays jusque-là indemne et qu'elle peut se présenter avec des phénomènes nerveux tétaniformes rendant le diagnostic impossible au début.

Après avoir relaté notre observation, nous traiterons dans le :

Chapitre I, *du diagnostic* ;

Chapitre II, *des suettes anormales* ;

Chapitre III, *de l'épidémiologie* ;

Chapitre IV, *de l'étiologie et la pathogénie* ;

Chapitre V, *de l'anatomie pathologique* ;

enfin nous exposerons les conclusions qui ressortent de notre travail.

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, de remercier M. le docteur Monnier de la bienveillance avec laquelle il nous a fourni les renseignements nécessaires.

Que M. le professeur Laboulbène reçoive ici l'expression de notre reconnaissante gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.





OBSERVATION



Le 30 septembre 1894, entrant aux pavillons d'isolement de l'Hospice général, où M. le docteur Monnier suppléait M. le docteur Attimont, un enfant de 9 ans, du nom de Le... Jean-Baptiste.

Le diagnostic inscrit sur la feuille d'admission était celui d'*angine suspecte*.

C'était un orphelin : ce qui expliquera, avec son jeune âge, l'absence de renseignements précis sur ses antécédents héréditaires.

Interrogé sur son histoire personnelle, le malade nous raconta qu'il avait eu quelques bronchites de courte durée.

Voici, d'autre part, les détails qu'il put donner sur l'origine de l'affection qui l'amenait à l'hôpital.

Le samedi 29 septembre, il était allé, comme de cou-

tume, en classe à Orvault. Ce matin-là, cependant, il se sentait comme courbaturé. Dans le courant de la journée, il eut trois crises épileptoïdes avec morsure de la langue, si bien que l'instituteur le renvoya chez les personnes à qui l'Administration des Enfants-Assistés l'avait confié. Dans la nuit qui suivit, il eut une nouvelle crise ; il tomba même de son lit et se fit de légères contusions.

Il entre le 30 septembre dans la journée aux Baraquements (Pavillon des angines).

Lors de sa première visite, dans la matinée du 1^{er} octobre, M. le docteur Monnier est frappé tout d'abord de la contracture de ses mâchoires. Il demande au petit malade d'ouvrir la bouche, afin de se rendre compte de la nature de l'angine dont il est fait mention sur la carte d'admission : aussitôt un véritable trismus se produit et met obstacle à ses investigations. Néanmoins, après de nombreuses tentatives infructueuses, on parvient à voir le fond de la cavité bucco-pharyngienne et les amygdales. Celles-ci semblent quelque peu hypertrophiées et rouges ; la même coloration existe aussi sur le pharynx. Nulle part, d'ailleurs, il n'existe d'exsudats.

Poursuivant l'examen, on découvre le malade et on constate, avec surprise, une contracture des muscles sacro-lombaires, et surtout des muscles des membres inférieurs. Elle est tellement marquée aux pieds que ceux-ci sont en équinisme. Cette rigidité dure une à deux minutes ; la plus légère chiquenaude de la peau la réveille. — Durant sa manifestation, la respiration

est accélérée. C'était, en somme, dans toute leur pureté, les phénomènes tétaniques.

Et cependant, il n'existait aucune plaie du tégument cutané ou muqueux pouvant donner quelque valeur à l'idée de tétanos.

L'oreille gauche présentait une contusion du premier degré, mais consécutive à la chute dont nous avons parlé et postérieure du reste aux premières crises épileptoïdes, semblables sans doute aux phénomènes dont nous étions le témoin. D'ailleurs, la température de la veille, 37°, et celle du matin, 37°5, étaient peu favorables à l'hypothèse d'une infection par le bacille de Nicolaïer.

Le cœur ne présentait rien d'anormal ; l'examen du poumon montrait l'intégrité de cet organe ; les autres viscères étaient indemnes.

S'agissait-il de crises épileptiques avec contracture comme Lemoine (1) en a rapporté des exemples à la Société de Biologie ? Mais dans ce cas même, la contracture post-épileptique affectait les membres inférieurs seuls et d'ailleurs les parents nourriciers de l'enfant, et celui-ci lui-même, ont déclaré que jamais avant cette époque il ne s'était produit la moindre convulsion. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point à propos du diagnostic différentiel avec l'épilepsie.

En présence de ce symptôme, il parut sage à M. le

(1) *Lemoine*. — Bul. Société de biologie, 1888, février, p. 111.

docteur Monnier de suspendre et diagnostic et pronostic.

Il prescrivit : Potion bromurée, bouillon, lait.

Soir. — Le malade a eu dans l'après-midi trois crises paroxystiques avec contracture.

T. M. 37°6.

2 octobre. — La nuit a été marquée par l'apparition de cinq à six crises paroxystiques, lesquelles, au dire de la religieuse du service, auraient été précédées d'un cri. S'agit-il là du cri épileptique vrai ? Nous dirons plus loin ce qu'il faut en penser selon nous. Il est d'ailleurs de la même interprétation causale : nous voulons dire qu'il relève sans doute du spasme des muscles respiratoires et laryngés, d'une contracture en un mot semblable à celle que nous voyions se produire sur les divers muscles du corps.

Le visage est couvert de sueurs, ainsi que le reste du corps, notamment les membres inférieurs.

T. M. 37°3.

Soir. — T. M. 37°5.

3 octobre. — Les sueurs sont devenues très abondantes; on peut les mettre, avec réserves d'ailleurs, sur le compte de la fatigue musculaire déterminée par la contracture.

Celle-ci est toujours très marquée et provoquée, comme dans le tétanos, par la plus légère impression extérieure (action de découvrir le malade, de toucher l'épiderme avec la main, etc.)

Les réflexes patellaire et plantaire sont exagérés.

La sensibilité au tact est notablement accrue; les autres modes de sensibilité sont conservés.

Rien à noter dans les sphères dévolues à la sensibilité spéciale.

Aucun trouble de la motilité; point de paralysie, voire de parésie.

La diathèse de contracture (comme on a pu le dire) dans laquelle se trouve notre malade, empêche évidemment et la station debout et *a fortiori* la marche.

Les sphincters fonctionnent normalement; on constate des mictions involontaires pendant les crises paroxystiques. Les urines sont d'ailleurs peu abondantes.

Les selles sont régulières; les matières plutôt dures.

Le malade se plaint de douleurs assez vives au niveau des articulations, de celles des pieds en particulier.

La gorge est douloureuse, la muqueuse un peu plus rouge que d'habitude et d'une rougeur uniforme. Qui sait même, ce n'est là qu'une hypothèse, qui sait si la cavité buccale n'était pas la porte d'entrée de l'agent ou des agents infectieux de l'affection que nous avons sous les yeux.

T. M. 37°3.

Mêmes prescriptions que la veille.

Soir. — T. M. 37°7.

4 octobre. — Il y a eu pendant les dernières 24 heures quatre nouvelles crises paroxystiques, toujours précédées de l'aura inspiratoire et suivies d'une respiration suspirieuse.

T. M. 37°8.

Les sueurs deviennent de plus en plus profuses, surtout sur le visage. L'état de contracture persiste.

Soir. — T. M. 38°1.

Il y a eu six crises dans la journée.

Aucun trouble digestif; pas de céphalalgie.

5 octobre. — Sept à huit crises se sont produites la nuit précédente.

T. M. 37°8.

Sueurs abondantes.

Hyperexcitabilité musculaire semblable à celle des jours précédents. On remarque sur le thorax, en avant, et à la partie inférieure de l'abdomen une éruption exanthémateuse discrète, formée de points rouges, mais sans caractères bien déterminés.

Soir. — Six crises dans la journée.

T. M. 38°.

6 octobre. — L'éruption s'accroît et prend des caractères spéciaux. En effet, sur l'exanthème apparaissent de petites vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle environ, de coloration blanchâtre; mais, et chose importante qui les distingue des sudamina vulgaires, elles reposent sur une base exanthémateuse non moins nette. Avec une épingle, on crève plusieurs de ces vésicules, il s'en écoule un liquide transparent.

L'éruption, avons-nous dit, s'est aussi étendue: le thorax, le dos, la partie supérieure des membres inférieurs sont envahis; la face est entièrement respectée.

L'éruption est *cohérente*, pour emprunter une expression courante en matière de fièvres éruptives. Entre les vésicules, existe, si léger soit-il, un intervalle très net de peau saine. C'est, à ce point de vue, le tableau de l'éruption rubéolique, dont elle diffère, d'ailleurs, sans parler de ses caractères spéciaux susnommés, par l'absence de tout catarrhe et par l'intégrité absolue du revêtement cutané de la face.

T. M. 38°5 ; pouls, 120.

Inappétence. Les urines sont rares et ne s'écoulent guère qu'après chaque crise et cela inconsciemment.

Prescription : Potion bromurée ; potion de Todd ; gargarisme boriqué ; sulfate de quinine.

Soir. — T. M. 38°6.

Cinq crises paroxystiques.

7 octobre. — L'éruption s'est généralisée à tout le corps, la face exceptée. Elle a envahi jusqu'aux doigts. C'est sur la poitrine que les vésicules sont le plus accentuées. On dirait, suivant une comparaison déjà employée, une éruption telle qu'en provoque l'application du thapsia.

T. M. 39°5 ; pouls, 120.

Le cœur et les poumons sont indemnes.

Les urines sont toujours très rares.

Prescriptions : Les mêmes que la veille.

Cet élément éruptif surajouté aux phénomènes insolites du début de l'affection, était de nature à étonner. Aussi, bien que l'éruption représentât, d'une façon caractéristique, la description que les auteurs classiques assignent à la suette miliaire, ce ne fut qu'avec

réserve que M. le docteur Monnier porta le diagnostic de suette. Car, aucun cas analogue n'existait dans la région et les auteurs proclament, à l'envi, que la suette ne se voit qu'à l'état épidémique.

Soir. — T. M. 39°.

8 octobre. — Aucun changement notable dans l'éruption. L'hyperexcitabilité est toujours aussi accentuée.

Paralysie des sphincters vésicaux et anaux.

Douleurs arthralgiques violentes. Les pieds sont en équinisme d'une façon constante.

T. M. 39°4; pouls, 128.

Mêmes prescriptions.

Soir. — T. M. 39°6.

Trois crises dans la journée.

9 octobre. — T. M. 40°1; pouls, 130.

L'éruption s'est modifiée en certains points, notamment sur le tronc et la poitrine.

Les vésicules se sont desséchées sous la forme de points noirs, comme centres, autour desquels on distingue une collerette très nette.

L'état général s'aggrave. La langue est couverte d'un enduit épais. Elle présente des traces multiples de cicatrices consécutives aux morsures déterminées par la contracture des mâchoires sous l'influence des accès paroxystiques.

Epistaxis peu abondantes, d'ailleurs, à deux reprises.

Le ventre est légèrement ballonné.

Soir. — T. M. 39°7. — A partir de midi le malade s'est assoupi.

10 octobre. — T. M. 40°2.

Le malade est totalement affaissé, indifférent à toute impression extérieure. Les membres supérieurs soulevés retombent inertes. Les membres inférieurs ont conservé de la raideur et l'équinisme existe encore.

La respiration offre le type de la respiration stertoreuse.

Une nouvelle éruption de miliaire avec sudamina s'est produite sur la poitrine.

Le malade meurt à 2 heures de l'après-midi.

La température prise vers midi était de 40°3.

AUTOPSIE.

L'autopsie est pratiquée le 11 octobre à 9 heures du matin, 19 heures après la mort.

Le cadavre est dans un état de rigidité très marquée, couvert par places de larges plaques ecchymotiques; les orifices du nez sont obstrués par des flocons d'écume, chose notée souvent dans les autopsies de sujets ayant succombé à la suette.

Poumons. — Les poumons sont libres de toute adhérence, congestionnés à leur base. Aucune trace de tubercules; aucun liquide dans la plèvre.

Cœur. — Pas de liquide dans le péricarde; l'aspect général du cœur, sa couleur, son volume paraissent normaux.

Les valvules sont saines : notamment pas d'endocardite.

Le cœur était vide de caillots.

Ouverture de l'abdomen. — La cavité abdominale ne renferme pas de liquide ; elle ne présente pas de granulations tuberculeuses.

Foie. — Le foie est congestionné.

Rate. — La rate est ramollie, mais son volume est *normal*.

Rein droit. — Le rein droit se décortique très bien ; la substance corticale est très épaissie.

Rein gauche. — Le gauche présente les mêmes caractères que le précédent.

Intestins. — Les intestins ouverts longitudinalement présentent des points analogues à la psorentérie surtout marqués sur l'intestin grêle et à sa partie terminale.

Ouverture du crâne. — Méninges et vaisseaux normaux.

L'encéphale est congestionné.

Coupe de Flesching. — On remarque un léger piqueté hémorrhagique ; pas de liquide en excès dans les ventricules.

Les plexus choroides sont congestionnés. Les coupes de Pitres ne révèlent rien d'anormal.

Bulbe. — Le bulbe est congestionné.

Moelle. — Les méninges sont faciles à arracher. Des coupes transversales faites sur la moelle montrent la substance médullaire parfaitement saine.

Notons toutefois une congestion bien accentuée de la moelle au niveau du renflement lombaire.

En résumé, nous n'avons trouvé de lésions macros-

copiques que dans les reins dont la substance corticale était notablement accrue, comme cela se voit dans certaines glomérulo-néphrites infectieuses. L'urine contenue dans la vessie du cadavre était, il est vrai, fortement albumineuse, mais on ne peut pas rigoureusement en conclure qu'elle l'était pendant la vie.

Avec le sang du cœur, M. Monnier aensemencé plusieurs tubes de gélatine (les seuls milieux de culture qui fussent à sa disposition). Aucune végétation ne s'est produite.

Avec le raclage de la rate, il a aussi fait quelques ensemencements sur gélatine. Il s'est développé une culture qui, transportée sur gélose et sur pomme de terre, a donné la végétation ordinaire sur ces milieux du bacille du côlon. L'aspect épais et couleur jaune mais présenté par la végétation sur pomme de terre suffit pour rejeter ici toute comparaison avec le bacille d'Eberth dont la culture sur pomme de terre est, comme on le sait, à peine visible.

Il s'agit donc vraisemblablement d'une contamination *post mortem*, comme le fait se présente si souvent. Ce cas ne saurait donc éclaircir en rien la pathogénie encore à faire de la suette miliaire.





CHAPITRE PREMIER



Diagnostic.



Pendant les cinq premiers jours de la maladie, il a été impossible de porter un diagnostic certain, ou plutôt la prédominance des phénomènes nerveux semblait comporter avec elle l'idée d'une atteinte organique, tout au moins dynamique, de tout ou partie de l'axe cérébro-spinal. L'éruption survient et donne un caractère spécial à la maladie ; elle permet de porter le diagnostic de suette, mais avec réserves, car on est en dehors de toute épidémie et dans un pays où cette maladie est inconnue.

Aussi bien, croyons-nous devoir ouvrir ici un chapitre spécial traitant du diagnostic. Dans une première partie, nous essayerons d'établir que les phénomènes

nerveux dont nous étions le témoin ne rentraient pas d'une façon satisfaisante dans le groupe des affections présentant le même syndrome et qu'ainsi la voie était ouverte aux hésitations. Ce sera, comme dans l'ordre des fièvres éruptives, les phénomènes de la période *prééruptive* ou d'*invasion*.

Dans une seconde partie enfin, nous établirons :
1° que c'était une affection avec éruption ne ressemblant pas aux fièvres éruptives les plus communes ;
2° qu'enfin c'étaient les caractères de la suette.

PREMIÈRE PARTIE. — *Période d'invasion.*

1° **Tétanos.** — Les phénomènes nerveux auraient pu nous faire craindre un instant le tétanos : nous en avions le trismus, la contracture des muscles de la nuque, du dos et des membres, l'attitude en opisthotonos. Dans le tétanos aussi les sueurs sont intenses, les contractures parfois douloureuses au point d'arracher, lors de leurs paroxysmes, des cris au malade (tétanos *hyperalgique* de Trastour) (1). Il n'existait pas, il est vrai, d'écorchure cutanée ou muqueuse pouvant servir de porte d'entrée au bacille de Nicolaïer. Pareille constatation d'ailleurs ne permet pas d'éliminer ce diagnostic d'une façon absolue, car le tétanos peut se voir en l'absence de plaie ou celle-ci échapper

(1) *Teissier*. — Semaine médicale, 25 mars 1893, p. 138.

aux plus minutieuses investigations. Un point important à signaler et peu en faveur d'une infection tétanique, c'est l'absence d'hyperthermie. On sait, en effet, que dans le tétanos, celle-ci s'élève dès le début à un degré élevé et qu'elle atteint 40° et 41° et même les chiffres extraordinaires de 42° et 43°.

2° **Tétanie** (1). — N'étions-nous pas en présence d'un cas de tétanie? Cette affection peut être occasionnée chez l'enfant par la diarrhée, l'inflammation du tube digestif, la présence de vers intestinaux, l'éruption d'une dent. Chez notre malade, il n'existait aucun trouble gastro-intestinal et la dentition était à rejeter comme cause occasionnelle étant donné l'âge de l'enfant. De la tétanie, nous avons, il est vrai, l'*apyrexie* et la contracture des extrémités, contracture survenant par accès et pouvant être provoquée par la plus légère impression extérieure. Mais cette contracture était généralisée alors qu'elle est le plus souvent partielle dans la tétanie; toutefois, dans la *forme grave* de Trousseau, « tous les muscles, aussi bien ceux du tronc et ceux de la région cervicale que ceux des membres sont frappés simultanément. » De plus, les extrémités offrent un aspect caractéristique que ne présentaient pas celles de notre malade. Dans la tétanie, en effet, les doigts sont fléchis à demi, les phalanges étendues, le pouce énergiquement entraîné dans l'adduc-

(1) Trousseau. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu « Tétanie »
Tome II, p. 202 et suivantes.

tion forcée, les bords interne et externe de la main rapprochés de façon à augmenter la concavité palmaire; en un mot, « la main affecte la forme d'un « cône ou celle que prend la main de l'accoucheur « lorsqu'il veut l'introduire dans le vagin. » Aux pieds, les mêmes phénomènes de contracture se produisent dans les muscles extenseurs. — Chez notre malade, le pouce était dans l'adduction forcée, recouvert par les autres doigts fortement fléchis; les pieds étaient en équinisme et ne présentaient pas d'augmentation de la concavité plantaire; enfin le signe de Trousseau et celui de Weiss faisaient défaut. Nous étions donc autorisé à éliminer la tétanie comme diagnostic.

3° Epilepsie. — La langue, projetée hors de la bouche pendant les crises paroxystiques, et serrée entre les arcades dentaires, était violemment mordue; les attaques étaient précédées d'un cri analogue au cri initial des attaques épileptiques; les mictions étaient involontaires pendant les crises; tout autant de symptômes qui militaient en faveur du mal comitial.

C'est incontestablement une idée qui était soutenable :

- 1° A cause de l'âge;
- 2° A cause du cri initial;
- 3° A cause des accès, des morsures de la langue, des mictions involontaires;
- 4° Même à cause des contractures; car, s'il est vrai que, dans les phénomènes post-épileptiques, on note

plutôt des paralysies que des contractures, celles-ci se voient néanmoins. Nous avons parlé des contractures signalées par Lemoine. Dans son ouvrage sur les épilepsies et les épileptiques (1), Féré dit, après avoir fait allusion aux contractures de l'épilepsie : « La contracture permanente n'est qu'un degré supérieur de ces phénomènes et elle est, comme la paralysie, liée à l'épuisement des centres cérébraux... A la suite sur tout d'accès en série, on constate souvent une exagération des réflexes et, dans quelques cas, une contracture latente que la moindre excitation met en évidence. »

Mais alors, pourquoi cet état de mal épileptique sans température ? En outre, l'enfant ne présentait aucun stigmate de dégénérescence et ne pouvait être rangé dans la famille des névropathes par ses antécédents personnels. D'ailleurs, contre l'idée de mal comitial plaident l'absence de perte de connaissance, la nature même des accès paroxystiques où on ne retrouve pas les périodes tonique et clonique habituelles des épileptiques. Tout au plus, pourrait-on ranger, à l'exemple de Féré, ce syndrome parmi les épilepsies symptomatiques. L'affection aiguë aurait mis ainsi en éveil une épilepsie jusque-là latente.

Que l'idée d'épilepsie ait été soutenable au début, on ne saurait le nier. Nous ne pensons pas qu'elle le soit aujourd'hui. Et, d'abord, ce cri initial dont nous

(1) *Féré*. — Les épilepsies et les épileptiques, p. 167.

avons parlé doit-il être nécessairement comparé au cri-
épileptique et rattaché, comme ce dernier, au spasme,
à la contracture des muscles inspiratoires et laryngés ?
Faut-il y voir un phénomène de même ordre que celui
des crises laryngées du tabes, par exemple ? Il est dif-
ficile de se prononcer sur ce point de pathogénie. Ce
que nous croyons cependant devoir faire ressortir ici,
c'est que, comme il a été dit, le malade était sous le
coup d'une véritable diathèse de contracture, et que
celle-ci se généralisant et s'étendant aux muscles res-
piratoires rendrait tout au moins plausible l'hypothèse
d'une contracture de ces derniers, analogue à celle des
autres muscles, sans qu'il soit nécessaire, pour en
expliquer la nature, de penser quand même à l'épi-
lepsie.

Mais laissons de côté ces questions purement théo-
riques et examinons le fait en lui-même, en le compa-
rant sur ce point aux faits identiques.

L'exemple est fréquent, surtout chez les enfants, de
maladies aiguës, de fièvres éruptives, précédées ou
accompagnées de phénomènes nerveux rappelant le
syndrome épileptique. Nous répondrons ainsi à l'argu-
ment que nous avons donné comme étant en faveur
de l'idée de mal comitial. Car, si ce dernier se voit plus
souvent à l'âge qu'avait notre malade, à ce même âge
aussi se manifestent plus volontiers, lors des maladies
aiguës, les troubles nerveux convulsifs, éclamptiques
ou autres. Les pneumonies à forme méningée ou
éclamptique de l'enfant sont depuis longtemps admises.
Il est non moins classique de décrire des convulsions

au début des fièvres éruptives. Certaines formes de celles-ci, justement appelées anormales, ne doivent leurs caractères particuliers qu'à la prédominance de troubles nerveux.

Il y a plus et c'est, à notre avis, un point important à signaler ici : notre observation, nous la rangeons parmi les cas de suette miliaire. Or, les auteurs qui ont décrit cette dernière, M. le professeur Brouardel entre autres, signalent comme principaux symptômes de la suette la fréquence et la gravité des phénomènes nerveux.

Que ces derniers n'aient pas présenté, dans les épidémies jusqu'ici décrites, une intensité de même ordre que celle dont nous parlons en ce moment, la chose est certaine. Mais ce qui est non moins exact aussi, c'est que, d'une part, les crises paroxystiques ont rarement manqué et, d'autre part, qu'il a existé des contractures.

Elles ont été en général partielles ; mais leur généralisation ici peut-elle nous empêcher de les considérer comme de même ordre ? Evidemment non. Il faudrait méconnaître l'idée de malade, de terrain, pour ne pas admettre que dans la suette, comme dans toute maladie, chacun réagit à sa façon.

Pourquoi cette réaction particulière dans notre cas ? Nous l'ignorons, car en admettant ou une prédisposition individuelle spéciale, ou un virus plus actif, nous restons dans les généralités sans pouvoir donner, à l'appui de notre hypothèse, des preuves rigoureusement scientifiques.

S'il nous fallait résumer cette discussion nécessaire, à notre avis, nous dirions que les phénomènes nerveux auxquels nous faisons allusion ne sont ni de l'épilepsie essentielle, ni du tétanos, affections dont ils rappellent le syndrome ; ils ont été symptomatiques d'une maladie aiguë, la suette miliaire. Nous croyons être dans la vérité en désignant cet ensemble symptomatique sous le nom de suette miliaire avec état permanent de contracture latente entrecoupé d'accès paroxystiques épileptiformes ou tétaniformes.

4° **Urémie.** — Était-ce de l'urémie ? L'enfant urinait normalement au début ; il fut impossible de recueillir les urines qui s'écoulaient involontairement pendant ou après les crises. Plus tard, il y eut, il est vrai, parurie et enfin anurie ; mais on ne constatait ni céphalée, ni obnubilation de la vue, ni vomissements, ni hypothermie ; l'enfant n'avait pas été atteint antérieurement de scarlatine ni d'une maladie infectieuse. Nous n'étions donc pas en présence d'un cas d'éclampsie urémique.

DEUXIÈME PARTIE. — *Diagnostic à la période d'éruption.*

Les sueurs abondantes que nous avons constatées, nous les mettions, faute de mieux, sur le compte de la fatigue musculaire consécutive aux crises : telles les sueurs qu'on observe après les attaques d'épilepsie.

Mais ces sueurs, qui existaient même en dehors des crises, acquièrent bientôt une réelle importance et deviennent profuses. C'était donc un symptôme auquel il fallait prêter une certaine attention.

En même temps, le 5 octobre se déclare sur la poitrine un léger exanthème morbilliforme et sur cet exanthème comme base apparaissent bientôt des vésicules transparentes, de la grosseur d'une tête d'épingle et semblables à de vulgaires sudamina.

S'agissait-il d'une éruption symptomatique, comme celle de la typhoïde, de la tuberculose aiguë, de la grippe, du rhumatisme ?

1° **Fièvre typhoïde sudorale** (1). — Le début de la fièvre typhoïde est insidieux ; il s'annonce parfois, surtout chez l'enfant, par des convulsions, de la raideur de la nuque, de la céphalalgie. La forme décrite par M. le professeur Jaccoud, sous le nom de fièvre typhoïde sudorale est caractérisée, par l'absence de prodromes, des accès de fièvre intense, 40° et 41°, accompagnés de sueurs profuses, de sudamina, l'absence de troubles gastro-intestinaux et broncho-pulmonaires. La céphalalgie est très intense ; aux accès de fièvre succèdent des périodes apyrétiques.

Notre malade suait abondamment ; la fièvre qu'il présentait au moment de l'éruption ne survenait pas par accès ; la céphalalgie faisait défaut ; l'éruption reposait

(1) *Jaccoud*. — Leçons de clinique médicale (Hôpital de la Pitié), p. 570 et suivantes.

sur une base exanthémateuse ne rappelant en rien l'exanthème typhique ; le début de sa maladie a été très brusque comme dans la typhoïde sudorale, mais il a été *apyrétique*. Enfin, l'examen bactériologique resté négatif nous a montré que nous n'étions pas en présence d'une infection par le bacille d'Eberth.

2° Tuberculose aiguë. — La tuberculose aiguë à forme typhoïde débute par de la courbature, de la céphalalgie ; les troubles nerveux font rarement défaut ; l'hyperesthésie cutanée est très accentuée ; les troubles respiratoires manquent parfois totalement ; aux crises sudorales succède une éruption de sudamina et de miliaire rouge. La dyspnée est parfois très vive, sujette à des paroxysmes et peu en rapport avec les signes physiques négatifs ou peu intenses. Voilà bien des symptômes dont la plupart se trouvaient chez notre malade ; mais la fièvre qu'on observe constamment dans cette forme de granulie faisait défaut, ainsi que l'amaigrissement du début ; les vésicules de sudamina reposaient sur une base exanthémateuse.

Dans la granulie à forme gastrique, il y a, il est vrai, apyrexie, mais à un moment donné éclatent des accidents manifestement tuberculeux et le diagnostic s'impose.

3° Grippe. — Comme dans la grippe, le début a été très brusque ; les sueurs ont pris une importance exceptionnelle et nous avons constaté un exanthème comme on en observe dans certaines gripes avec

éruption. Et pourtant ce n'était pas de la grippe : dans celle-ci, en effet, la température s'élève dès le début à 40 ou 41°; le coryza est presque la règle; la toux est fréquente, occasionnée par un certain degré de pharyngite plutôt que par des complications du côté de l'appareil respiratoire. La céphalalgie est vive; il y a asthénie plutôt qu'excitation.

4° **Rhumatisme.** — Les douleurs arthralgiques, les sueurs, les sudamina pouvaient évoquer dans notre esprit l'idée de rhumatisme articulaire aigu. Cependant, toute réaction inflammatoire au niveau des articulations douloureuses, la fièvre faisaient défaut; les sueurs n'avaient pas l'odeur des sueurs rhumatismales, et le cœur ne présentait jamais les lésions qu'on rencontre, on pourrait dire toujours, dans le rhumatisme.

5° **Typhus.** — La fièvre est vive, la stupeur très prononcée, la constipation opiniâtre, les selles très fétides et l'éruption pétéchiale.

La prédominance de l'élément éruptif, ses caractères impliquaient donc nécessairement l'idée d'une fièvre éruptive, mais de quelle fièvre éruptive?

1° *Variole.* — Le diagnostic différentiel des fièvres éruptives est parfois hérissé de difficultés avant l'éruption. Toutefois, la céphalalgie, la fièvre (40 et 41°), les vomissements, la rachialgie du début de la

variole nous faisaient écarter cette maladie; et le doute n'était pas possible en présence de l'éruption qui ne ressemblait en rien à celle de la variole.

2° *Scarlatine*. — Le fait de l'angine dont l'enfant était atteint, d'après la feuille d'admission, l'appareil symptomatique nerveux, sembleraient faire de notre affection un cas de *scarlatine nerveuse alaxique*. Mais dans cette forme, la température est élevée, le pouls extrêmement rapide. Elle présente, il est vrai, de la dyspnée, des contractures, du trismus, son éruption est scarlatiforme ou nulle; mais jamais il n'a été signalé dans cette forme de caractères éruptifs comme ceux de notre cas, c'est-à-dire d'exanthème avec sudamina, c'est-à-dire d'éruption miliaire avec intervalles de peau saine. La desquamation elle-même qui était plutôt furfuracée qu'en larges squames, comme cela se voit dans la scarlatine, nous faisait écarter ce diagnostic.

3° *Rougeole*. — Était-ce de la rougeole? Le début en est insidieux; la fièvre s'élève à 38 et 39° dès le début. Le catarrhe oculo-nasal et broncho-pulmonaire est la règle. Chez notre malade les conjonctives n'étaient nullement injectées; la muqueuse nasale était saine, les narines restaient sèches. La muqueuse pharyngo-laryngée n'offrait pas de catarrhe; les râles sibilants faisaient défaut. La toux manquait; l'anxiété, l'oppression ne sont jamais aussi accentuées dans la rougeole. Dans celle-ci la chaleur est mordicante, la peau sèche; l'éruption débute par la face et ne pré-

sente pas de miliaire. Chez notre malade, les sueurs étaient profuses et l'éruption avait débuté par le tronc et respecté la face. Nous avons assisté à deux poussées successives de sudamina. Cette affection devait donc aussi être écartée.

4° *Rubéole*. — L'invasion apyrétique de la maladie, sans catarrhe oculo-nasal, l'absence de toux et de bronchite, l'éruption morbilliforme laissant des intervalles de peau saine, la rougeur de la gorge qu'on pouvait prendre pour de l'angine rapprochaient notre affection de la rubéole ou roséole épidémique, telle que la décrivent les auteurs. Mais nous avons les sueurs abondantes; et l'engorgement des ganglions cervicaux et de l'aîne qu'on rencontre constamment dans la rubéole faisaient défaut. De plus, l'éruption avait respecté la face alors qu'elle est toujours envahie dans la rubéole.

5° *Roséole* (1). — Trousseau a décrit une roséole caractérisée par l'absence de catarrhe oculaire, nasal et bronchique; elle débute par un malaise général et des phénomènes fébriles assez accentués; enfin l'exanthème morbillieux que présente cette maladie coïncide avec l'apparition de sueurs abondantes. Celles-ci favoriseraient le développement de l'exanthème dont la

(1) *Trousseau*. — Roséole. *In* Cliniques de l'Hôtel-Dieu. Tome I, p. 217.

durée est de vingt-quatre, quarante-huit heures et qui disparaît sans desquamation et sans laisser de traces. Malgré les sueurs et l'absence de catarrhes, nous ne pouvions diagnostiquer une roséole sudorale parce que nous n'en avons ni les phénomènes fébriles du début, ni la durée éphémère de l'éruption ; l'apparition de la miliaire venait d'ailleurs lever nos doutes.

Notre cas n'appartient donc pas au cadre des fièvres éruptives, s'il est vrai qu'avec les plus récents traités classiques de médecine il faille seulement réserver ce nom à la scarlatine, à la rougeole, à la rubéole, à la variole, à la varicelle, à la vaccine. Et cependant, comme le démontre l'observation, il présente un grand nombre des caractères que l'on est convenu d'assigner aux fièvres éruptives : une période prodromique, de la fièvre, une éruption à évolution analogue à celle des fièvres éruptives ordinaires, c'est-à-dire une poussée exanthémateuse suivie d'une période de desquamation. Qu'il en diffère par d'autres points, nous n'avons pas à le nier. Et d'ailleurs, notre intention n'est pas de traiter ici le problème si délicat de la pathologie générale des fièvres éruptives et de vouloir, d'après un seul fait, donner à la suette miliaire une place définitive parmi ces dernières, alors qu'aujourd'hui les pathologistes les plus autorisés se contentent de la décrire à la suite des fièvres éruptives. Nous avons

seulement voulu montrer comment nous étions conduit, pour ainsi dire tout naturellement, par la seule voie d'élimination, à diagnostiquer la suette miliaire, seule affection dont les caractères éruptifs rappellent ceux des fièvres éruptives. Il nous appartient d'ailleurs maintenant, en comparant notre observation aux descriptions classiques de la suette miliaire, à la relation magistrale de M. le professeur Brouardel, de prouver et d'affirmer que nous avons eu réellement affaire à un cas de *suette miliaire*.

Examinons successivement chacune des périodes de la maladie qui a évolué sous nos yeux, période d'invasion, d'éruption et de desquamation et comparons-les aux mêmes périodes de la suette. Nous ne pouvons mieux faire, pour la description de cette dernière, qu'en empruntant de nombreux passages à l'étude remarquable qui en a été faite par MM. Brouardel et Thoinot (1).

Suette. — PREMIÈRE PÉRIODE. — *Début.* — « Le
« plus souvent, en pleine santé, au milieu de la journée,
« le malade s'alite avec un malaise, une faiblesse générale
« très marquée, et, au milieu de la nuit, il est
« réveillé par des sueurs abondantes.

(1) Rapport à l'Académie de médecine. Séance du 13 septembre 1887.
Suette du Poitou, 1887. *In* Bull. de l'Académie.

« Les symptômes majeurs de cette période sont :
« les *sueurs*, la *fièvre*, un état de *faiblesse générale* et
« des *phénomènes nerveux*. Les sueurs sont d'abon-
« dance très variable, continues, mais elles affectent
« un caractère paroxystique.

« La fièvre est variable : 38° dans les cas bénins,
« 40° et au delà dans les cas graves.

« Les phénomènes nerveux sont avec les sueurs le
« fait qui frappe le plus l'attention; leur intensité est
« des plus variables; tantôt à peine marqués, tantôt
« ils sont portés à un degré véritablement effrayant. »

Si l'on fait abstraction de la fièvre, de la faiblesse générale, du caractère paroxystique des sueurs, n'a-t-on pas sous les yeux les symptômes présentés par notre malade? Même début brusque, mêmes sueurs continues, des phénomènes nerveux très intenses. Ceux-ci ne consistaient pas, comme dans la suette classique, en *étouffements continus* et *paroxystiques*, en *sensation de barre épigastrique*, mais en *contractions* avec crises paroxystiques.

« DEUXIÈME PÉRIODE. — *Eruption*. — L'éruption se
« montre généralement le quatrième jour à dater du
« début, plus rarement elle apparaît le deuxième jour
« ou le troisième jour, ou bien elle est retardée jus-
« qu'au cinquième ou sixième jour. Elle s'annonce par
« des démangeaisons, des picotements; dans la règle
« encore, les phénomènes nerveux redoublent à ce
« moment pour s'atténuer lorsque l'exanthème se
« sera produit.

« Dans l'éruption de la suette miliaire, il y a deux
« éléments à considérer :

« 1° L'éruption de miliaire proprement dite, c'est-
« à-dire la papule miliaire apparaissant d'abord
« comme un point acuminé soulevant la surface cu-
« tanée, se transformant plus tard en vésicule, s'ou-
« vrant et s'exfoliant enfin au dernier degré de son
« évolution ;

« 2° L'exanthème qui sert de substratum, de *fond*
« à l'éruption miliaire.

« L'exanthème est essentiellement *polymorphe* : le
« début de l'éruption se fait généralement sous la
« forme rubéolique ; puis les plaques rouges se re-
« joignent ; l'éruption prend alors les caractères scar-
« latineux.

« Cependant, l'éruption d'emblée rubéoliforme peut
« persister sous cette apparence.

« L'éruption se montre d'abord sur la face....
« L'isthme du gosier est soit piqueté de rouge, soit
« uniformément rouge comme dans la scarlatine.

« L'éruption se fait en 24 ou 48 heures, parfois en
« plusieurs temps, en plusieurs poussées.

« Quant la poussée éruptive s'est faite, tous les
« phénomènes du début s'apaisent.

« L'urine, qui dans la première période pouvait être
« rare et même totalement supprimée pendant plu-
« sieurs heures reprend ses caractères. »

Reportons-nous à notre observation : ici l'éruption

apparaît le septième jour ; elle débute par un exanthème rubéolique. La miliaire se montre ensuite telle que nous la trouvons décrite plus haut à propos de la suette. L'éruption est complète en 48 heures ; elle s'est faite en plusieurs poussées ; l'exanthème reste rubéoliforme. La face est respectée ; la gorge présente la rougeur uniforme que nous trouvons signalée dans la suette. Après l'éruption, les phénomènes nerveux du début persistent aussi intenses ; l'urine est toujours rare ou nulle.

En un mot, bien que cette période de la maladie ne réponde pas entièrement à la description de la même période de la suette, l'exanthème et la miliaire suffisent, croyons-nous, pour nous permettre d'affirmer que c'était de la suette.

« TROISIÈME PÉRIODE. — *Desquamation*. — Elle est
« due à l'exfoliation des vésicules miliaires. Elle se
« présente sous deux formes principales :

« 1° Desquamation par *points isolés*, desquamation
« en *collerettes* ;

« 2° Desquamation à grands lambeaux, desquama-
« tion en *doigt de gant*. »

Chez notre malade la desquamation a été rapide et s'est faite en collerettes.

En résumé, nous nous croyons autorisé à affirmer que c'était de la suette :

1° *Par ses symptômes du début* : sueurs, phénomènes nerveux, etc... ;

2° *Par ses caractères éruptifs* surtout : exanthème, miliaire, poussées successives de l'éruption ;

3° *Par la desquamation* : desquamation en collerettes.





CHAPITRE II



Suettes anomaies.



Le diagnostic de suette étant posé, nous devons nous demander à quelle forme nous avons affaire.

1^o **Suette franche.** — Nous avons vu que notre cas se distingue de la suette franche, telle qu'elle est décrite plus haut, par l'absence de fièvre au début, par un léger retard dans l'apparition de l'éruption, par l'absence de picotements, de démangeaisons au moment où celle-ci s'est produite, par l'absence d'éruption sur la face, enfin, par l'intensité et la nature des phénomènes nerveux. Ceux-ci ont pris une telle importance qu'ils ont donné à ce cas de suette un caractère particulier qui nous permettra peut-être d'établir une forme spéciale de suette.

2° Suettes maligne. — Cette forme tue avec une rapidité extraordinaire, en deux jours, un jour, quelques heures, le plus souvent avant toute éruption, en sorte que le diagnostic est impossible, à moins de se trouver dans un milieu épidémique. Nous n'avions pas affaire à cette forme de suette.

3° Suettes rubéolique. — La suette rubéolique, qui attaque surtout les enfants, emprunte à la rougeole : son larmoiement, son catarrhe oculo-nasal, ses complications pulmonaires ; à la suette : ses prodromes éphémères, son éruption précoce, ses sueurs profuses, ses poussées successives d'éruption. Parfois, la forme rubéolique de la suette ressemble tellement à la rougeole, que bon nombre de cas de suette ont été pris pour des cas de rougeole au début de l'épidémie du Poitou, en 1887. Pareilles erreurs doivent se commettre encore aujourd'hui. Hontang (1) a montré que des épidémies de suette rubéolique avaient été prises pour des épidémies de rougeole anormale.

L'absence de catarrhe des muqueuses et la forme de l'éruption suffisent encore ici pour éloigner l'idée de suette rubéolique.

Puisque nous ne pouvons faire rentrer notre cas dans une des formes précédentes, examinons les observations de suette, qui se font remarquer par la nature de leurs phénomènes nerveux.

(1) Suettes rubéoliques. Thèse de Paris, 1888.

Mazuel, dans sa thèse de Paris de 1876, rapporte deux observations de suette avec contractures. « Les
« deux malades ont eu, l'un du trismus la veille de la
« mort, l'autre, une contracture généralisée une heure
« avant la mort. Il y avait hyperthermie. Dans un cer-
« tain nombre de cas mortels ont apparu des contrac-
« tures précédées parfois de soubresauts des tendons.
« C'était au moment de l'éruption ; le délire était vio-
« lent ; la fièvre très vive, l'agitation considérable.
« Alors survenaient les contractures, tantôt simple
« trismus, tantôt raidissement général. Leur durée
« était d'une demi-heure et même davantage. Le coma
« leur succédait et la mort survenait à bref délai. Les
« malades qui ont présenté ces phénomènes sont morts
« quelques heures après » (1).

Nous lisons aussi dans le rapport fait par M. le professeur Brouardel à l'Académie de médecine, sur l'épidémie du Poitou, en 1887 : « On observe dans la
« suette des crampes, des contractures survenant par
« accès dans les muscles du mollet et dans la main.
« Nous avons vu à Saint-Rémy une femme dont la
« main se fermait subitement et restait invinciblement
« fermée pendant des heures : ce phénomène se mon-
« tra dans la première période et se prolongea même
« après l'éruption » (2).

Bien que dans la suette franche, l'élément nerveux

(1) *Parmentier*. — Revue de médecine de 1887.

(2) Bulletin de l'Académie de médecine. Séance du 13 septembre 1887.

prenne une certaine importance (sensation de barre épigastrique, oppression, accès d'étouffement en dehors de toute lésion pulmonaire), nous voyons que dans les cas que nous venons de citer, les phénomènes nerveux ont été particulièrement accentués et ont affecté une forme spéciale qu'on ne retrouve pas dans la suette normale.

Nous constatons quelque chose d'analogue dans le cas que nous avons observé : ici, les troubles nerveux revêtent la forme tétanique ; ils surviennent par accès rapprochés, en sorte qu'on peut dire que notre malade est sous le coup d'une diathèse de contracture, comme on l'a dit pour l'hystérie. Disons, en passant, que nous n'avions pas affaire à un hystérique, notre malade ne présentant aucun stigmate d'hystérie.

En présence de ces troubles nerveux peu ordinaires, nous serions porté à considérer notre cas de suette comme une *suette anormale*, à *forme nerveuse*, de même qu'il existe une scarlatine, une rougeole à forme nerveuse.

Nous ferons remarquer que dans les observations de Mazuel, les contractures, en général partielles, quelquefois généralisées, survenaient quelques heures avant la mort, alors qu'il y avait une hyperthermie considérable ; chez notre malade, elles apparaissent au début, dans une période apyrétique, et la mort ne survient que dix jours après.

Outre l'intensité et la précocité de ses phénomènes nerveux, le cas de suette qui nous occupe présente d'autres particularités : l'éruption a été légèrement

retardée, de là un diagnostic impossible avant l'éruption et difficile au moment de son apparition à cause du milieu dans lequel survenait notre cas ; les selles ont été normales ; or, dans la suette franche la constipation est opiniâtre et les selles très fétides.

La symptomatologie de la suette peut varier d'un cas à l'autre, c'est ce qui explique les différences que nous venons de faire ressortir. Mais un caractère important distingue ce cas de la suette classique, c'est sa *sporadicité* et son apparition dans un pays jusqu'alors indemne de suette, à notre connaissance du moins.

En résumé, notre cas de suette est anomal :

- 1° Au point de vue clinique, d'où, *forme nerveuse* de la suette ;
- 2° Au point de vue sporadique.





CHAPITRE III



Epidémiologie.



Notre cas de suette présente un certain intérêt au point de vue épidémiologique.

Comment, en effet, expliquer ce cas isolé? Nous savons que la suette existe dans certaines contrées à l'état sporadique; mais ces cas isolés ont été précédés d'épidémies; ils montrent que le germe de la maladie n'a pas encore disparu et que celle-ci est endémique.

Bientôt, apparaissent des conditions climatiques favorables à la reproduction du germe ou une reviviscence de celui-ci, de cause encore inconnue, et une nouvelle épidémie éclate. En sorte que les différentes épidémies sont reliées entre elles par des cas sporadiques provenant eux-mêmes d'affections précédentes.

Rien de semblable dans le cas qui nous occupe. Il se présente dans un pays où cette maladie n'a jamais sévi, du moins à l'état épidémique. Mais si l'on songe à la difficulté qu'offre parfois le diagnostic, on peut admettre qu'il a peut-être existé dans la région des cas méconnus dont l'origine eût été plus facile à découvrir. Combien peut-être de suettes rubéoliques prises pour de la rougeole !

Qu'on se rappelle ce qui est arrivé à propos de la dernière épidémie de typhus à Paris, en 1893 : Dans le service de M. Netter, à l'hôpital Beaujon, éclate, au mois d'avril, un cas de typhus chez une surveillante de nuit ; la veille, M. Millard diagnostiquait du typhus chez un veilleur dans le même hôpital. « L'apparition « de ces deux cas intérieurs de typhus à l'hôpital « Beaujon nous surprenait fort, dit M. Netter (1), et « cela d'autant plus que, malgré nos investigations, « nous ne retrouvions ni dans mon service, ni dans les « services voisins, le cas de typhus méconnu qui avait « dû semer la contagion ». Ce n'est que près de deux mois plus tard, et comme par hasard, qu'il apprend qu'un cas de typhus est passé inaperçu au mois de mars* précédent dans son service, alors confié à M. Gombault. Il avait ainsi le point de départ de la contamination ; par des recherches analogues, il a réussi à montrer que l'épidémie de 1893 provenait de la Bretagne où le typhus règne à l'état endémique.

(1) *M. Netter.* — Société médicale des hôpitaux. Séance du 23 juin 1893, p. 531.

Fort probablement, nous sommes en présence d'un pareil fait. La suette ne naît pas au hasard ; elle ne s'éteint pas aussitôt après son apparition sans motif aucun ; il existe des cas intermédiaires. Ne voyons-nous pas tous les jours des cas isolés de choléra ? M. Gaucher (1) signale un cas isolé de *choléra vrai* qu'il a observé à l'hôpital Saint-Antoine ; en juillet 1893, M. Netter (2) relate un cas de choléra à bacille virgule dans la banlieue de Paris ; enfin, nous lisons dans la *Gazette médicale* de Nantes (3) une observation d'un cas de choléra asiatique rapportée par M. le docteur Rappin, chef du laboratoire de bactériologie. Ces cas isolés peuvent servir de trait d'union entre deux épidémies. C'est, d'ailleurs, un des grands bienfaits de l'épidémiologie contemporaine de chercher à rétablir l'enchaînement des épidémies et de conduire par ce moyen à la connaissance des mesures prophylactiques contre l'éclosion et l'extension des épidémies. Nous serions heureux si nous pouvions attirer de ce côté l'attention des hygiénistes en ce qui concerne la suette.

Cas isolés de suette.— Notre cas n'est pas le seul isolé. M. le docteur Couëtoux, de Nantes, nous communique l'observation suivante prise, il y a quelques années,

(1) Société médicale des hôpitaux, 31 mars 1893, p. 235.

(2) *Netter*. — Annales de l'Institut Pasteur, 1894, p. 590.

(3) *Gazette médicale* de Nantes, décembre 1894.

par un de ses amis, le docteur Bousseau, de Cholet : « Un jeune militaire venant de Poitiers, en congé pour les moissons, est pris, en pleine santé, d'un frisson intense et d'une prostration excessive. On le rapporte du champ sur une charrette, on le couche. La réaction se fait et la sueur commence au déclin de la fièvre. Quand je le vois, le lendemain matin, tout le lit était traversé de sueurs, la paille mouillée dans une grande épaisseur : quinze chemises séchaient sur des cordes ; on eut dit une lessive générale. Le jeune homme se plaignait d'une vive anxiété avec douleurs précordiales, étouffements, céphalalgie intense, subdélire, etc., etc. Sur le corps, de l'urticaire avec démangeaisons intenses et des sudamina. Le lendemain, mêmes symptômes, sueurs toujours profuses. — Agitation extrême, insomnie. Le 3^e jour apparaît enfin l'éruption de miliaire rouge qui ne laisse plus aucun doute sur la nature de la maladie. L'éruption persista huit jours ; la convalescence fut longue et un congé de deux mois fut nécessaire. Il y avait plusieurs enfants dans la maison, le père et la mère ; personne ne fut atteint. »

Voilà un cas isolé non douteux de suette miliaire. D'un autre côté, en recherchant dans la littérature médicale, voici ce que nous lisons dans le rapport de M. Brouardel sur la suette du Poitou : « En 1880, il y eut à Sillards (canton de Lussac), un cas très marqué de suette chez le jeune G..., âgé de 19 ans, qui succomba ; c'est son frère qui fut atteint le premier, en 1887, à Sillards. Enfin, à Lussac même, il y eut, en juin 1886, chez M. D..., minotier au pont de

« Lussac, un cas très grave et très typique. (Docteur Thiaudière).

« En 1879, un cas mortel fut observé à Pliboux (Deux-Sèvres) chez le dénommé Den..., qui fut enlevé en trois jours. — En 1885, il y en eut un cas au village de Jarrige (commune de Sauzé), cas qui guérit. »

Ces différents cas ont éclaté dans des régions où la suette est endémique ; pour quelques-uns d'entre eux, celui de Cholet par exemple, il est certain qu'il faut en chercher l'origine à Poitiers, ancien foyer de suette.

Mais comment expliquer la présence de notre cas isolé dans une région où la suette n'a pas encore été signalée ? Celle-ci se propage, il est vrai, rapidement à de grandes distances avec immunité des localités intermédiaires et fait son apparition sur les demeures les plus éloignées d'un même village. Ce mode de propagation est surtout possible en temps d'épidémie, alors que le germe suettique est bien développé. Avions-nous affaire à ce mode d'extension de la maladie ou à une importation du germe par des personnes, par des produits provenant des régions où la suette règne à l'état endémique ? A quelle époque a eu lieu cette importation et comment s'est opérée la transmission du germe de l'individu malade à l'individu sain ? C'est ce qu'il nous est impossible de dire ne connaissant ni la nature du contagion ni son mode de propagation. Ce qui nous ferait croire à la présence déjà ancienne de la suette dans la Loire-Inférieure, ce sont les deux observations suivantes, que nous devons à l'obligeance

de M. le docteur Rappin, chef des travaux bactériologiques à l'Ecole de médecine de Nantes.

OBSERVATION I

« Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, nommée N..., habitant le bourg même de Sautron, commune de la Loire-Inférieure, où j'exerçais alors.

Cette jeune fille fut atteinte d'abord d'une pneumonie aiguë. Le cycle pneumonique fut normal.

Déjà la fin de la crise pneumonique existait depuis environ deux jours, lorsque la température qui était redevenue normale s'éleva tout d'un coup à 40° environ, sans cause appréciable.

Seule une angine se révéla aux investigations, angine d'ailleurs sans exsudats, sans engorgement ganglionnaire. Deux ou trois jours après l'apparition de cette angine survint une éruption qui se généralisa à tout le corps, la face exceptée, avec la plus grande rapidité; elle était surtout intense sur la poitrine et sur le dos.

Les caractères de cette éruption étaient les suivants: tout d'abord on ne voyait que de petits points rouges rappelant les éruptions morbilliformes. Aussi pensais-je d'abord à la rougeole; mais l'évolution ultérieure de l'élément éruptif vint modifier ce diagnostic qui me semblait s'imposer.

Sur ces points rouges, sur cette éruption exanthématique d'aspect morbilliforme dont je viens de parler se développèrent de petites vésicules en tout semblables aux sudamina que l'on observe si souvent au cours d'un grand nombre de maladies

infectieuses. Tous les points rouges ou, pour mieux dire, l'élément éruptif des premiers jours présenta bientôt partout la transformation vésiculeuse.

Un fait me frappa beaucoup, c'est l'apparition de sueurs profuses pendant toute la durée de l'éruption. L'odeur qui s'en exhalait était spéciale : je ne puis mieux la comparer qu'à celle qu'il m'est donné de percevoir tous les jours, dans mon laboratoire, lorsque j'ai à ouvrir les cages qui contiennent les souris dont j'ai besoin.

J'ajoute que, pendant toute la durée de l'éruption, la température se maintint à 40°, sans aucune défervescence, pas même le matin.

La malade mourut six ou sept jours après le début de cette angine qui semble avoir été un des premiers signes de cette infection, laquelle me paraît absolument répondre à la description classique de la suette miliaire. Ce tableau est encore plus saisissant, je crois, dans l'observation qui suit.

OBSERVATION II

Un an environ après le cas précédent, en août 1887, je fus le témoin d'une éruption analogue, plus typique même.

A cette époque, en effet, il me fut donné de voir un jeune homme âgé de 20 ans, originaire de Saint-Macaire (arrondissement de Cholet), mais habitant le bourg même de Sautron, comme la malade précédente.

Je dois faire observer que ce jeune homme avait de mauvais antécédents héréditaires. Il était d'une famille qui avait compté onze enfants dont neuf étaient morts tuberculeux (tuberculose

pulmonaire, méningite tuberculeuse, même tubercules locales).

Le début de la maladie pour laquelle j'eus à le soigner fut marqué, comme dans le cas précédent, par une angine de faible intensité, il est vrai : les amygdales étaient légèrement hypertrophiées et d'une rougeur peu marquée. Déjà, à ce moment, existait de la fièvre que je combattis à l'aide de la quinine.

Dans la nuit même qui suivit l'apparition de cette angine, se produisirent des sueurs profuses; le matelas en était littéralement traversé. Elles ne durèrent que deux jours environ.

Le surlendemain, une éruption se manifestait sur le corps. Comme dans l'observation précédente, elle consistait en petits points rouges, recouverts bientôt de vésicules dont le contenu, d'abord transparent comme celui des sudamina, puis semi-transparent, devint bientôt opaque, comme puriforme.

L'éruption se généralisa rapidement à tout le corps, en respectant la face. Il n'existait d'intervalles de peau saine que dans des points très limités : l'éruption était plutôt confluyente.

Ça et là, sur le dos surtout, les vésicules étaient tellement volumineuses qu'elles rappelaient certains boutons d'acné ou même les pustules de la variole. J'ajoute d'ailleurs immédiatement, s'il était permis de penser même un seul instant à la variole, que l'affection guérit sans laisser la moindre cicatrice sur la peau.

Pendant toute la durée de l'éruption qui fut terminée en quatre ou cinq jours; la température se maintint à 40° et un délire très intense se manifesta.

Le traitement consista en toniques, bouillon, quinine, etc...

Le malade guérit, mais la convalescence fut très longue.

S'il me fallait résumer mon opinion sur l'affection dont je viens de retracer le tableau, je répéterais ici, comme pour

l'autre observation, que, bien qu'il ne m'eût jamais été donné d'observer de suette miliaire, il n'est pas douteux, à mon sens, que c'est bien à cette dernière maladie que j'ai eu affaire. Elle me rappelait et me rappelle encore absolument la description des auteurs qui ont rapporté des cas de suette miliaire.

Peut-être pourrais-je ajouter que, plusieurs fois, pendant les années que j'ai passées à Sautron, j'ai observé des éruptions à caractères analogues à ceux que je viens de décrire, mais localisées au dos. Elles s'accompagnaient de fièvre avec courbature, mais ne présentaient pas l'état général grave des deux malades précédents. Je pense qu'il n'est pas sans intérêt de signaler ces faits, quoiqu'on ne puisse, à leur égard, rien dire d'affirmatif au point de vue de leur rapport avec la suette miliaire. »

Les deux observations précédentes ont une grande importance au point de vue épidémiologique. L'époque, en effet, à laquelle M. le docteur Rappin observa ces deux malades coïncide avec celle où sévissait dans le Poitou une épidémie de suette. L'un des malades, avant de venir habiter Sautron où il était depuis peu de temps, résidait à Saint-Macaire, commune de l'arrondissement de Cholet. Or, nous avons rapporté un cas de suette miliaire ayant éclaté à Cholet. N'y aurait-il pas une relation entre ces deux cas ?

Fait plus important peut-être encore, c'est que la commune de Sautron n'est éloignée d'Orvault, où s'est déclaré le cas de suette qui fait le sujet de notre thèse, que de quelques kilomètres. Ce qui tendrait à faire penser qu'il a pu y avoir dans cette contrée un petit

foyer de suette miliaire, et que peut-être se produit-il encore de temps à autre ou se produira-t-il quelque jour d'autres cas isolés de cette affection.

Notre but a été de chercher à montrer que les cas en apparence isolés dont nous avons fait mention, semblent se relier entre eux, à de longs intervalles, il est vrai. Nous ne doutons pas que si une enquête pouvait être faite, plus minutieuse que celle qu'il nous a été permis de faire, d'autres cas intermédiaires se révéleraient et nous confirmeraient dans notre opinion.

La suette est une maladie contagieuse : sa contagiosité faible, il est vrai, a été bien mise en lumière par la mission envoyée dans le Poitou lors de l'épidémie de 1887. Mais alors pourquoi n'y a-t-il pas eu de contagion, d'épidémie ? Les mesures d'isolement prises ont-elles été suffisantes pour empêcher l'extension de la maladie ?

Pour ce qui est des deux malades de M. le docteur Rappin, ils avaient été isolés dès le début de la maladie et on avait procédé, à leur domicile, aux mesures de désinfection telles qu'elles pouvaient être faites à la campagne.

Les phénomènes nerveux qui ont marqué le début de notre cas de suette ont éclaté, l'enfant étant encore à l'école au milieu de ses camarades. Pourquoi n'y a-t-il pas eu expansion de la maladie ? Nous ferons remarquer que nous ignorons entièrement et l'époque à laquelle la maladie est contagieuse et la façon dont s'opère la contagion. Est-elle contagieuse, comme la scarlatine,

à la période desquamative ou comme la rougeole dès la période prodromique? Nos connaissances actuelles ne nous permettent pas de le dire. — Toutefois, l'accroissement rapide des épidémies de suette, le grand développement qu'elles atteignent en peu de temps, leur extinction brusque nous permettent, croyons-nous, d'expliquer le peu de résistance du contagé.

Peut-être encore la suette n'est-elle pas contagieuse à sa période prodromique, ce qui expliquerait la non épidémicité de notre cas, puisque l'enfant fut immédiatement enlevé à son milieu et envoyé à l'hôpital. D'ailleurs, même en admettant que la contagion de la suette puisse s'exercer pendant la période d'invasion, ne peut-on pas supposer que le germe a rencontré autour de lui un milieu peu favorable à sa reproduction? Que de cas sporadiques de choléra ne donnant pas lieu à des épidémies! Pour que celles-ci puissent se développer, il faut un ensemble de conditions qui n'étaient probablement pas réunies dans le milieu où notre germe a évolué.

Dès que nous connaissons la nature du germe, sa vitalité, son mode de propagation, il nous sera peut-être possible de résoudre toutes les parties du problème épidémiologique.





CHAPITRE IV



Étiologie et Pathogénie.



Quelques auteurs ont montré l'analogie qu'il y a entre le paludisme et la suette miliaire; ils leur attribuent une origine tellurique commune; ils font ressortir la fréquence et l'endémicité de la suette dans les régions à fièvre paludéenne, l'action du quinquina sur la suette. Mais que de contrées où la fièvre à quinquina est si commune et où la suette est inconnue! D'un autre côté, celle-ci est endémique dans des pays où le paludisme n'existe pas, et le quinquina compte plus d'insuccès que de guérisons dans le traitement de la suette.

Attribuer à notre cas une origine locale, tellurique, serait une solution qui satisferait l'esprit; elle aplairait les difficultés épidémiologiques que nous avons

rencontrées et nous ne serions pas obligé de déclarer notre impuissance à rattacher ce cas à une épidémie antérieure.

Mais cette suette s'est déclarée à Orvault, commune située aux environs de Nantes, sur un sol calcaire où la fièvre paludéenne est inconnue.

De plus, la suette ne s'étend pas entièrement dans les pays où elle fait son apparition pour reparaitre à quelques années de distance. Un germe est nécessaire à l'éclosion de la maladie, germe de nature encore inconnue, mais provenant d'un cas précédent.

Aujourd'hui, on s'accorde à reconnaître à la suette une origine microbienne. MM. Roux et Chantemesse ont fait des recherches dans ce sens; une fois seulement ils ont réussi à isoler un microbe qui, inoculé à des cobayes, n'a donné aucun résultat; en sorte qu'on ne peut considérer encore ce microbe comme pathogène de la suette. Quoi qu'il en soit, il produirait des principes toxiques agissant sur l'organisme à la façon des toxines engendrées dans la plupart des maladies infectieuses.

Qu'il s'agisse d'un germe ou de ses produits solubles, il semblerait que, dans notre cas, il y ait eu une *action élective sur le système nerveux*, ce que prouveraient l'intensité des phénomènes nerveux et la congestion de l'axe cérébro-spinal.

Est-ce la virulence du contagé ou la nature du terrain sur lequel il a évolué qu'il faut incriminer? Il nous est impossible de le dire. Nous savons toutefois que le système nerveux de l'enfant, non encore

émoussé, réagit d'une façon violente ; peut-être aussi étions-nous en présence d'un terrain préparé avec antécédents nerveux héréditaires.

Dans le cas actuel, les courtes recherches bactériologiques faites par M. le docteur Monnier ne lui ont donné aucun résultat, mais les lésions observées à l'autopsie nous montrent que nous avons affaire à une véritable infection. Les lividités précoces constatées sur le cadavre, le sang poisseux trouvé dans les vaisseaux, l'absence de caillots dans la cavité cardiaque, les lésions rénales, autant de signes qui dénotent une maladie infectieuse.





CHAPITRE V



Anatomie pathologique.



Nous regrettons que notre cas de suette n'apporte pas un peu de lumière sur cette partie peu connue de la suette.

Examinons les lésions qui ont été observées dans les autopsies qu'on a pratiquées et nous les comparerons à celles que nous avons trouvées chez notre sujet.

Aussitôt après la mort, le cadavre des personnes ayant succombé à la suette se couvre de plaques ecchymotiques et il se fait généralement par la bouche et par le nez un écoulement de sang mêlé de quelques bulles d'air : on dirait une hémorrhagie.

En outre, la putréfaction marche avec une rapidité

étonnante, ce qui, dans certaines épidémies, a nécessité l'inhumation quelques heures après la mort.

Les lésions à peu près constantes qu'on a rencontrées dans les nécropsies de suette, sont les suivantes :

Les *poumons* sont fortement congestionnés surtout à leur partie postéro-inférieure ;

Le *foie* est augmenté de volume, mais sa couleur et sa consistance ne sont pas modifiées ;

La *rale* est molle, diffluente et toujours hypertrophiée ;

Les *reins* ont toujours été trouvés sains ;

Les *méninges* fortement hyperémies ;

Le *cœur* normal.

Rayer a le premier appelé l'attention sur la congestion des *méninges* et sur l'injection considérable des capillaires de l'estomac.

Après lui, Bourgeois, dans trois autopsies faites dans l'arrondissement de Coulommiers, a constaté des lésions stomacales et intestinales, — La muqueuse stomacale était hyperémiee et l'intestin offrait une éruption vésiculeuse,

Parrot n'a jamais rencontré ces lésions du tube digestif.

Reportons-nous à notre autopsie et voyons en quoi elle diffère des précédentes.

Le cadavre présentait les particularités signalées plus haut : mêmes plaques ecchymotiques, même écoulement sanguin par le nez, même putréfaction rapide.

Les *poumons* sont congestionnés ; le *foie* également ; la *rate* est molle, diffluente mais non hypertrophiée.

Le *cœur* est sain et ne renferme pas de caillots ; il ne présente pas de traces d'endocardite.

Les *méninges cérébrales* sont congestionnées ; la *substance cérébrale* présente un léger piqueté hémorragique ; les *méninges rachidiennes* sont fortement hyperémiées.

Il est à noter que le *rein* qui a toujours été trouvé sain dans les autopsies précédentes présentait dans notre autopsie des lésions macroscopiques analogues à celles que l'on observe dans les glomérulo-néphrites. Il se décortiquait facilement ; à la coupe, on constatait une notable augmentation de volume de la couche corticale. Peut-être étions-nous en présence d'un rein atteint de néphrite infectieuse ; de semblables lésions s'observent dans la néphrite scarlatineuse.



CONCLUSIONS

1° La suette miliaire peut se voir à l'état isolé, en dehors de toute épidémie, et même dans des pays réputés jusque-là indemnes de cette affection.

2° Des phénomènes nerveux particuliers peuvent constituer pendant le début de la suette miliaire toute la symptomatologie, rendant ainsi le diagnostic impossible.

3° Ces phénomènes nerveux sont constitués par une véritable diathèse de contracture, un état de contracture latente.

4° Cette diathèse de contracture est mise en éveil par la plus légère impression extérieure : elle est entrecoupée par des accès paroxystiques rappelant par le cri initial et le nombre des accès l'état de mal épileptique, et, par

la forme des contractures, les paroxysmes post-épileptiques ou le tétanos.

5° Parmi les formes anormales de la suette miliaire, il faut faire rentrer une forme nerveuse maligne que l'on pourrait appeler la *forme nerveuse avec contractures* généralisées simulant le syndrome épileptique ou tétanique.

6° Au point de vue épidémiologique, il y aurait lieu de faire ce qu'on a fait en particulier pour le choléra et le typhus et rechercher les cas intermédiaires de suette miliaire.

7° Il faut spécialement, en présence de cas de rougeoles, surtout de rougeoles anormales ou douteuses, penser aux suettes rubéoliques, et cela, même quand il s'agit de rougeoles observées à l'état isolé.





INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Brouardel et Thoinot.* — Rapport à l'Académie de médecine.
Suetie du Poitou en 1887. Bul. de l'Académie,
septembre 1887.
- Colin.* — Dict. encyclopédique. Art. Suetie.
- Dolérus.* — Dict. de médecine et chirurgie. Art. Suetie.
- Hontang.* — Suetie rubéolique. Thèse de Paris, 1888.
- Mazuel.* — Etude sur la Suetie miliaire. Th. de Paris, 1876.
- Jaccoud.* — Traité de Pathologie. Suetie miliaire. T. III,
p. 362.
- Parmentier.* — La Suetie miliaire à Lussac-les-Châteaux.
Revue de médecine, 1887, p. 725 et 948.
- Thoinot.* — Histoire de la Suetie. Revue de médecine de 1889,
p. 183, 425 et 517.
- Thoinot et Hontang.* — Géographie médicale de la Suetie.
Rev. d'Hyg., 1887, n° 11.
- Pineau.* — Archives générales de médecine, 1882, p. 25 et 169.

- Ardouin.* — Relation d'une épidémie de Suette miliaire à l'île d'Oléron. Archives de médecine navale, 1881. Tome XXXVI, p. 45 et 137.
- Guinon.* — Traité de médecine. Fièvres éruptives. Tome II, p. 29 et suiv.
- Guinon.* — Suette miliaire. Traité de médecine. Tome II, p. 185 et suiv.
- Lemoine.* — Bul. Société de Biologie, février 1888, p. 111.
- Féré.* — Les épilepsies et les épileptiques, p. 167.
- Rappin.* — Gazette médicale de Nantes : un cas de choléra vrai, 12 décembre 1894.
- Neller.* — Un cas de choléra. Annales de l'Institut Pasteur, 1894, p. 590.
- Neller.* — Un cas de typhus méconnu. Société médicale des hôpitaux, 23 juin 1893, p. 531.
- Gaucher.* — Un cas de choléra vrai. Société médicale des hôpitaux, 31 mars 1893, p. 235.
- Trousseau.* — Cliniques de l'Hôtel-Dieu.
- Begusseau.* — Relation d'une épidémie de Suette miliaire observée dans la Vienne. Thèse de Paris, 1894.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
LABOULBÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

